

**REPORTE DE SITUACION A MEDIADOS DEL TRIMESTRE****Para asistencia monetaria y estampillas para comida**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

NUMERO DE CASO (SI SE SABE):

Use este formulario para reportar cambios que han ocurrido después de su último "Reporte trimestral" (QR 7/SAWS QR 7) y que se tienen que reportar obligatoria o voluntariamente.

Si está reportando información sobre ingresos, por favor proporcione pruebas, tales como talones de cheques de pago, copias de cheques, cartas de oficinas/agencias, etc.

Si está reportando cambios en sus gastos, por favor proporcione pruebas, tales como recibos, cheques cancelados, facturas pagadas, etc.

Si usted está reportando un cambio de domicilio, por favor proporcione pruebas de gastos, tales como una copia de su nuevo acuerdo de renta o arrendamiento, recibo de renta de su nuevo domicilio, copias de los depósitos para los servicios públicos y municipales, etc.

**INFORMACION QUE SE TIENE QUE REPORTAR OBLIGATORIAMENTE**

**Si usted recibe asistencia monetaria, reporte la información que está marcada "CA". Si recibe estampillas para comida, reporte la información marcada "FS". Las secciones de cambios de dirección e información que se proporciona voluntariamente son para todos los grupos para fines de estampillas para comida y unidades de asistencia.**

CA  Los ingresos combinados del hogar son más que el límite para el tamaño de mi hogar.  
En el mes de \_\_\_\_\_, el total de los ingresos combinados para mi hogar es \$ \_\_\_\_\_.

CA  Alguien en mi hogar es un criminal convicto por asuntos relacionados con las drogas.  
Nombre de la persona \_\_\_\_\_  
Fecha de la condena del delito mayor (*felony*) \_\_\_\_\_

CA  Alguien en mi hogar está huyendo de la ley para evitar una condena por un delito mayor (*felony*), está huyendo de la ley para evitar ser aprehendido o ir a prisión después de una condena por delito mayor; o está violando su libertad condicional (*probation o parole*).  
Nombre de la persona \_\_\_\_\_

CA/FS  Me cambié de domicilio, cambió mi número de teléfono, o tengo una nueva dirección para recibir correo.  
Nuevo domicilio \_\_\_\_\_  
Nueva dirección para recibir correo (Si es diferente de su domicilio) \_\_\_\_\_  
Nuevo número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Recibo la renta gratis en esta nueva dirección.  Recibo los servicios públicos y municipales gratis en esta nueva dirección.

La cantidad de mi renta es \$ \_\_\_\_\_ por mes  Mis servicios públicos y municipales son \$ \_\_\_\_\_ por mes.

**Vea la siguiente página**

**INFORMACION QUE SE TIENE QUE REPORTAR OBLIGATORIAMENTE (Continuación)**

FS  Complete esta sección para reportar una reducción en las horas de trabajo o de entrenamiento de los adultos con la capacidad de trabajar que no tienen personas bajo su cuidado (ABAWDs):

El número de horas de trabajo o de entrenamiento se redujeron a menos de 20 horas por semana o menos de 80 horas por mes. Ahora son \_\_\_\_\_ horas por semana o \_\_\_\_\_ horas por mes.

Nombre de la persona(s) \_\_\_\_\_

Parentesco/relación con usted \_\_\_\_\_

Explique qué sucedió \_\_\_\_\_

Fecha del cambio \_\_\_\_\_

**INFORMACION QUE SE PROPORCIONA VOLUNTARIAMENTE (Todos los grupos para fines de estampillas para comida y unidades de asistencia)**

Quiero reportar la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CERTIFICACION**

**ENTIENDO QUE:** Si a propósito no proporciono toda la información o doy información incorrecta en relación a mis ingresos, propiedades, o situación de la familia para recibir o seguir recibiendo asistencia o beneficios, legalmente se me puede llevar a enjuiciamiento. Y, se pueden presentar cargos contra mí por cometer un delito mayor (*felony*) si se pagan sin causa más de \$400 en asistencia monetaria y/o estampillas para comida.

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos y el Estado de California que la información en este reporte es verdadera, correcta y completa.

**QUIEN TIENE QUE FIRMAR A CONTINUACION:**

**Para la asistencia monetaria:** usted, su esposa(o) que recibe asistencia y el otro de los padres (de niños que reciben asistencia monetaria) si viven en el hogar.

**Para las estampillas para comida:** el jefe del grupo para fines de estampillas para comida (grupo), un miembro del grupo o el representante autorizado del grupo.

Firma o marca	Fecha que se firmó	Teléfono del hogar	Teléfono para mensajes
Firma del esposo(a) u del otro padre de niños que reciben asistencia monetaria	Fecha que se firmó	Firma del testigo a la marca, intérprete, u otra persona que completó la forma	Fecha que se firmó